

Dieses Formular ist **vollständig** auszufüllen!

Vertragsarztstempel

Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Mitteilung über die Verhinderung an der persönlichen Ausübung meiner Praxis

(gem. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV i.V.m. § 17 Abs. 3 BMV-Ä, § 20 Abs. 3 AEKV und § 20 BO der Sächsischen Landesärztekammer)

- a) **rechtzeitig vor Beginn** einer über 1 Woche dauernden Abwesenheit
b) bei Krankheit **spätestens** am 8. Tag der Erkrankung

Ich bin an der persönlichen Ausübung meiner Praxis verhindert wegen:

- Urlaub
 Krankheit sonstigen Gründen _____

vom _____ bis _____

Meine Vertretung erfolgt

- durch (einen) **niedergelassene(n) Kollegen**

BSNR	Name	Praxisort	von	-	bis

- Folgender Facharzt wird mich in meiner Praxis mit meiner LANR vertreten:

Name	Fachgebiet	von	-	bis

Sofern Ihr Vertreter nicht im Arztregister der KV Sachsen eingetragen ist, bitten wir um die Vorlage einer Kopie des Arztregisterauszuges der zuständigen KV bzw. beglaubigte Kopie der Approbations- und Facharzturkunde.

- liegen der KVS bereits vor
 liegen dieser Mitteilung als Anlage bei.

Wichtiger Hinweis! Gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) m. Veröffentlichung v. 28. Januar 1998 können Leistungen, die einer „Besonderen Genehmigung“ bedürfen, vom Vertreter nur erbracht u. abgerechnet werden, wenn er die entsprechende Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen nachgewiesen hat.

Ich bestätige, dass die Vertretung mit dem (den) Kollegen abgesprochen wurde.

Datum

Unterschrift des Arztes

Unterschrift d. ärztl. Leiters
(sofern Medizinisches Versorgungszentrum)